

ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ УРОЛОГ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПОГОНАДИЗМА У ПОДРОСТКОВ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.М. Русинко²,
Н.Ю. Полион¹, В.Н. Краснов³, В.А. Леончик⁴, Г.В. Даниленко²*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «ДГБ №12» ДГС

³ КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДООС

⁴ КУ «Новомосковская ЦРБ» ДООС

На сегодняшний день одной из главных медицинских причин, оказывающих влияние на численность населения, является рост заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивной функции у мужчин. Известно, что андрологические проблемы мужчины во многих случаях закладываются в детском и подростковом возрасте. От своевременности и качества оказания специализированной помощи мальчикам и подросткам с заболеваниями половых органов зависит состояние их фертильности в будущем. Мужчина в течение длительного времени не воспринимался как возможная и наиболее вероятная причина бесплодия в супружеской паре. И сегодня наблюдается несогласованность при диагностике заболеваний половых органов у подростков между детскими урологами, урологами и эндокринологами, что приводит к конечному негативному результату. Отсутствие преемственности между детскими и взрослыми специалистами приводит к тому, что достаточно сложные пациенты в возрасте 14–18 лет наблюдаются у семейных врачей, не консультируются профильными специалистами, что в дальнейшем приводит к возникновению первичного бесплодия у лиц репродуктивного возраста, раннее возникновение нарушения потенции у молодых мужчин.

Одним из заболеваний, приводящих к нарушению репродуктивного здоровья подростков и молодых мужчин, является гипогонадизм.

Гипогонадизм, в отличие от задержки полового развития, которую можно рассматривать как пограничное состояние, является болезнью с серьезным расстройством функционирования всей репродуктивной системы, требующей длительной гормональной терапии.

Гипогонадизм — это патологическое состояние, вызванное недостаточностью секреции андрогенов у пациентов с нормальным кариотипом при первичном поражении тестикулярной ткани, при изменении функции системы гипоталамус — гипофиз — половые железы и без нарушения половой дифференциации.

Гипогонадизм у взрослых, приводящий к прекращению или снижению половой функции, бесплодию, различного рода соматическим и нервно-психическим заболеваниям нередко начинается на самых ранних этапах онтогенеза, но лишь в препубертатном и раннем пубертатном периодах можно рассчитывать на успех в лечении этого серьезного заболевания в смысле относительно полного восстановления копулятивной и генеративной функции яичек.

Рано возникшая недостаточность функции яичек проявляется не только в снижении репродуктивной функции в дальнейшем, но уже в детском и подростковом периодах она неблагоприятно отражается на других показателях здоровья, психическом и физическом развитии. Все это делает раннюю диагностику гипогонадизма и его лечение очень важной и актуальной.

Для всех форм гипогонадизма у детей и подростков типично недоразвитие внутренних и наружных половых органов, вторичных половых признаков и постепенное формирование характерного внешнего вида в связи с появлением внегенитальных симптомов половой недостаточности.

Есть несколько современных классификаций гипогонадизма у подростков. Одна из них включает следующие формы:

I. Гипогонадизм как самостоятельное заболевание:

- а. гипергонадотропный гипогонадизм;
- б. гипогонадотропный гипогонадизм;
- с. нормогонадотропный гипогонадизм.

II. Гипогонадизм у лиц с абберациями половых хромосом.

III. Симптоматический гипогонадизм (при эндокринных и не эндокринных заболеваниях).

IV. Гипогонадизм, сопровождающийся нарушениями половой дифференцировки (без хромосомных аббераций).

При определении нозологической формы термин «гипогонадизм» правомочен только для пациентов первой группы. В остальных случаях он будет определять не саму болезнь, а только

симптомокомплекс, как одно из проявлений основного заболевания.

Гипогонадизм принято разделять на первичный, т.е. вызванный поражением самих гонад, и вторичный, обусловленный недостаточной стимуляцией яичек гипофизарными гонадотропными гормонами.

При первичном гипогонадизме повышается продукция гонадотропных гормонов, а при вторичном — уровень гонадотропинов в крови снижен. Первая форма получила название гипергонадотропного гипогонадизма, а вторая — гипогонадотропного гипогонадизма. Эти термины лучше отражают гипоталамно-гипофизарно-гонадные взаимоотношения, тем самым определяя выбор патогенетической терапии. Кроме того, есть еще одна форма гипогонадизма — это так называемый нормогонадотропный гипогонадизм. При этой форме гипогонадизма имеется содружественное поражение гонад и системы, ответственной за выработку гонадотропных гормонов.

Гипергонадотропный гипогонадизм возникает при синдромах: первичной аплазии яичек (анорхизм), первичной двусторонней гипоплазии яичек, монорхизме, с преимущественным поражением тестикулярных канальцев, с преимущественным поражением клеток Лейдига, первичной герминативной аплазии дель Кастильо.

Первичная аплазия и гипоплазия яичек наиболее частая форма первичного гипогонадизма у детей и подростков. Заболевание врожденное.

Гипогонадотропный гипогонадизм (ГГ) как самостоятельное заболевание подразделяют на изолированный ГГ, адипозогенитальную дистрофию, синдром Мэддока и синдром Каллмена. Изолированный ГГ у мальчиков обусловлен изолированным снижением продукции гонадотропных гормонов и выражается расстройством только половой системы.

При ГГ, вызванном адипозогенитальной дистрофией, в патологический процесс вовлекаются не только структуры, регулирующие и осуществляющие продукцию и секрецию гонадотропных гормонов, но и отделы гипоталамо-гипофизарной области, ведающие жировым об-

меном. У таких пациентов присоединяется гипоталамическое ожирение. Распределение подкожной жировой клетчатки у них по женскому типу — преимущественно на груди, животе, бедрах. В некоторых случаях отмечается отставание в росте при этой патологии. С возрастом эта задержка увеличивается.

У пациентов в 13–14-летнем возрасте в зависимости от степени андрогенной недостаточности выполняется комплексное лабораторное обследование и иммуноферментное исследование гормонов гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и половых гормонов.

С 14-летнего возраста при явлениях вторичного гипогонадизма проводится комплексная медикаментозная терапия в 3–4 цикла по 16–20 недель каждый.

Лечение вторичного гипогонадизма у мальчиков осуществляется путем использования гонадотропинов. Тактика лечения определяется актуальностью вопроса фертильности для пациента в настоящее время.

Предлагаются следующие варианты стартовой терапии лечения гонадотропинами:

- начинают с препаратов ФСГ по 75–150 Ед в/м 1 раз в 2–3 сут. продолжительностью не менее 6 мес. с последующим добавлением хорионического гонадотропина по 1000–3000 Ед 1 раз в 3–4 сут, длительно;

- начинают с хорионического гонадотропина по 1000–3000 Ед 1 раз в 3–4 сут. до достижения уровня тестостерона не менее 12 нмоль/л, в дальнейшем добавляют препараты ФСГ по 75–150 Ед в/м 1 раз в 2–3 сут. под контролем уровня тестостерона, спермограммы.

- сразу же начинают с сочетанного назначения препаратов ФСГ по 75–150 Ед в/м 1 раз в 2–3 сут. и хорионического гонадотропина по 1000–3000 Ед 1 раз в 3–4 сут., длительно.

Целью терапии препубертатного гипогонадизма является формирование вторичных половых признаков, половых органов, мужского строения тела, дифференциации скелета, а в дальнейшем, по показаниям, назначение поддерживающей гормональной терапии для обеспечения должной половой функции и поведения у подростков и молодых мужчин.